

SAMARBEJDE PÅ TVÆRS

– en undersøgelse af det tværsektorielle samarbejde i behandling af mennesker med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblematik



Udarbejdet i et samarbejde mellem Psykoterapeutisk Forskningsenhed ved Psykoterapeutisk Center Stolpegård, Ambulatorie for Psykoterapeutisk Udvikling på Psykoterapeutisk Center Stolpegård & Center for Rusmiddelforskning ved Aarhus Universitet

Region Hovedstadens Psykiatri

Projekt Samarbejde på tværs

Psykoterapeutisk Center Stolpegård
2820 Gentofte

Finansieret af Region Hovedstadens Tværspulje

Styregruppen

Stine Bjerrum Møller, psykolog, forskningsleder

Sebastian Simonsen, psykolog, Ph.d.

Morten Hesse, psykolog, lektor

Birgitte Thylstrup, psykolog, lektor

Morten Kistrup, psykolog, ambulatorieleder på APU

Laura Broen Damm, psykolog, forskningsassistent

Studentermedhjælper

Gunnhild Lien Kjær



Indholdsfortegnelse

Introduktion	5
Behandling af mennesker med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblematik	6
De koordinerende indsatsplaner	6
Det tværsektorielle behandlingskoncept	7
Organisering af behandling	7
Målgruppe	7
Modellen for systematisk og koordineret samarbejde	9
Samarbejdsmodellen	9
Samarbejdsunderstøttende elementer	10
De tilknyttede rusmiddelcentre	11
Ambulatorie for Psykoterapeutisk Udvikling	11
Behandlingsmuligheder og -forløbet	11
Evalueringsmetode	13
Design af undersøgelse	13
Målgruppe og undersøgelsesdeltagere	14
Oplevelse af samarbejdet i et specifikt behandlingsforløb (spørgeskema)	14
Oplevelse af samarbejde generelt (spørgeskema)	15
Oplevelse af behandlingsforløb (brugerinterview)	15
Analysemetode	15
Indblik i oplevede indikatorer for godt samarbejde (dialogmøder)	15
Journaldata	16
Resultater	17
Brugerforløb og -karakteristika	17
Færdiggørelse af behandlingsforløb og drop-out	20
Opsummering af brugerforløb og karakteristika	20
Oplevelse af samarbejdet - Det tredelte forløbsspecifikke spørgeskema	20
Oplevelse af samarbejdet - Det generiske spørgeskema	23
Gensidig oplevelse af meningsfuldhed, motivation og fælles forståelse	23
Brugernes oplevelse af forløb og udbytte	26
Oplevelse af forløbet	26
Medarbejderudledte indikatorer for samarbejde	29
Opsamling og samlede anbefalinger	33
Referenceliste	35

Introduktion

I 2017 opstartede et tværsektorielt behandlingstilbud for mennesker med ikke-psykotiske dobbeltdiagnoser udviklet i et samarbejde mellem Ambulatorie for Psykoterapeutisk Udvikling (fremad refereret til som APU) ved Psykoterapeutisk Center Stolpegård i Region Hovedstadens Psykiatri (RHP) og fem kommunale rusmiddelcentre (fremad refereret til som RC); Gladsaxe Rusmiddelcenter i Gladsaxe Kommune, Brydehuset i Ballerup Kommune, Kagshuset i Herlev Kommune, Alkohol- og Stofrådgivningen Torvehuset i Lyngby-Taarbæk Kommune og Teglpporten-Rusmiddelcenter i Rudersdal Kommune. Hensigten med etableringen af det nye behandlingstilbud har været løbende at udvikle og forbedre en model for fleksibel psykoterapeutisk behandling og koordineret tværsektorielt samarbejde, som kan udbredes til resten af Region Hovedstadens Psykiatri og de tilhørende Kommuner for hermed at sikre rettidig, effektiv og sammenhængende behandling for mennesker med dobbeltdiagnoser.

Denne evalueringsrapport har som overordnet formål at evaluere det tværsektorielle samarbejde med henblik på at udlede en række anbefalinger og konkrete forslag til at videreudvikle samarbejdet i eksisterende og fremtidige tilbud til målgruppen. Rapporten er udfærdiget i et samarbejde mellem Psykoterapeutisk Forskningsenhed (PF) ved Psykoterapeutisk Center Stolpegård i Region Hovedstadens Psykiatri (RHP) og Center for Rusmiddelforskning (CRF) ved Aarhus Universitet, samt under støtte og vejledning fra ambulatorieleder ved APU og centerledere ved hhv. Gladsaxe Rusmiddelcenter, Brydehuset, Kagshuset, Alkohol- og Stofrådgivningen Torvehuset og Teglpporten-Rusmiddelcenter. Undersøgelsen som ligger til grund for nærværende rapport er finansieret af Region Hovedstadens Tværspulje. Datagrundlaget for undersøgelsen er indsamlet i perioden fra oktober 2017 til oktober 2019.

Den tværsektorielle behandlingsmodel indebærer koordineret behandling til brugere med ikke-psykotisk psykisk lidelse og rusmiddelproblematik på tværs af et af fem kommunale RC og APU. Eftersom målgruppen for tilbuddet er kendetegnet ved komplekse lidelser, som vanskeliggør fastholdelse i behandling (Thylstrup & Hesse, 2019), er der i evalueringen af tilbuddet lagt særligt vægt på at undersøge dels særlige person- og forløbskarakteristika, herunder karakteristika forbundet med frafald og tilfredshed med behandlingen med et særligt fokus på brugerperspektivet. Tidligere erfaring og forskning har vist, at tværsektorielle samarbejdskonstellationer, særligt mellem hhv. social- og sundhedssektoren, er vanskelige at etablere og vedligeholde (Winters et al., 2016; Donald et al., 2005). Derfor er der i undersøgelsen ligeledes et særligt fokus på at identificere nøglefaktorer forbundet med succesfulde samarbejdsoplevelser på tværs af sektorer. Der vil i rapporten således blive lagt særligt vægt på at belyse de følgende fire forhold:

1. Diagnostiske og sociodemografiske for målgruppen
2. Længde og indhold af behandlingsforløb
3. Oplevelsen af behandlingsforløb og effekt blandt brugere
4. Oplevelsen af tværsektorielt samarbejde blandt brugere og behandlere

Behandling af mennesker med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblematik

Forskning viser en stærk sammenhæng mellem tilstedeværelsen af rusmiddelproblematik og psykisk lidelse. Hos mennesker med psykisk lidelse ses oftere rusmiddelproblematikker og sværere afhængighed end blandt normalbefolkningen, ligesom mennesker med en rusmiddelproblematik oftere oplever psykisk sygdom (Thylstrup & Hesse, 2019). Forskning viser, at tilstedeværelsen af afhængighedssyndrom indenfor ikke-psykotiske psykiske lidelser blandt danske psykiatriske brugere er 25% for depression og angst, 17% for PTSD, 11% for OCD og 46% for personlighedsforstyrrelser (Toftdahl, Nordentoft & Hjorthøj, 2016). Yderligere har denne brugergruppe flere akutindlæggelser, et mere komplekst symptombillede, større dødelighed, og flere modtager førtidspension sammenlignet med brugere, der alene har en psykisk lidelse (Morojele, Saban & Seedat, 2012; Toftdahl, Nordentoft & Hjorthøj, 2016).

I Danmark er behandling af hhv. psykiske lidelser og rusmiddelproblematikker organiseret således, at regionerne primært har ansvaret for behandling af psykiske lidelser, mens Kommunerne primært varetager rusmiddelbehandling (Ministry of Health, 2017). Denne opdeling er særligt gældende for mennesker med psykiske lidelser indenfor det *ikke-psykotiske* område. Undersøgelser viser, at mennesker med dobbeltdiagnoser trods betydelig psykiatrisk og funktionel belastning har mindre adgang til psykiatrisk behandling (Curran et al., 2003; McGovern et al., 2014). Andre undersøgelser viser, at brugergruppen modtager relativt mere behandling, men at behandlingen indenfor sundhedsvæsenet er relativt kortere og hyppigere afbrydes før tid. Risikoen for at målgruppen ikke modtager tilstrækkelig eller effektiv behandling for hverken deres psykiske lidelse eller for deres rusmiddelproblematik beskrives i litteraturen som, at brugeren 'falder mellem to stole'. Denne risiko tilskrives bl.a. den søjleopdelte organisering af behandling på området (Thylstrup & Hesse, 2019).

Der er i mange år forsøgt udviklet og/eller etableret nye behandlingsmodeller (ofte i projektform) med det formål at sikre lige og bedre behandling af mennesker med dobbeltdiagnoser. Resultaterne af disse projekter har været blandede, og udfordringerne er betydelige. Både indenfor forsknings- og praksisområdet er det til stadighed uklart, hvordan en samlet behandling af målgruppen og et samarbejde mellem aktørerne bedst organiseres. Vurderingen af sådanne modeller udfordres bl.a. af et højt brugerfrafald og af, at målgruppen sjældent planmæssigt følger en standardiseret og tilrettelagt behandling.

De koordinerende indsatsplaner

I 2014 udgav Sundhedsstyrelsen en række retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner med det formål at styrke graden af koordination og samarbejde mellem stofbehandling i kommunalt regi og psykiatrisk behandling i regionalt regi (Sundhedsstyrelsen, 2014). En evaluering af de koordinerende indsatsplaner, der udkom i 2017, viste, at særligt implementering og fastholdelse af koordination og samarbejde samt fleksibilitet ift. den enkelte brugers skiftende behov udgjorde en betydelig udfordring. Derudover beskrives brugernes mulighed for at finde vej til forskellige behandlingstilbud indenfor forskellige sektorer som en udfordring i en koordineret parallel behandlingsmodel, hvor særligt behandlingstilbuddenes forskellige forståelser af brugernes udfordringer og forskellige sprog ift. italesættelsen heraf udgør en betydelig faktor (Buch & Petersen, 2017). Den aktuelle sektoradskilte behandling af mennesker med dobbeltdiagnoser uden psykose betyder, at det enkelte behandlingssted principielt kun beskæftiger sig med den ene del af brugernes udfordringer. Dette kan medføre, at brugere i de enkelte behandlingstilbud ikke føler sig velkomne, forstået eller rummet i forhold til deres samlede problematik (Thylstrup & Hesse, 2019).

Det tværsektorielle behandlingskoncept

Som følge af udfordringerne med adgang til behandling og etablering af et optimalt tværsektorielt samarbejde for mennesker med dobbeltdiagnoser i psykiatrien, samt en stigende efterspørgsel efter kombineret behandling, etablerede RHP og fem kommunale RC i løbet af 2016 og 2017 et samarbejde om i praksis at udvikle et ambulant tværsektorielt behandlingstilbud til mennesker med samtidig ikke-psykotisk psykisk lidelse og en rusmiddelproblematik. Hensigten med etableringen af tilbuddet beskrives således ”...at sikre rettidig, effektiv og sammenhængende behandling af mennesker med samtidig ikke-psykotisk psykisk lidelse og rusmiddelproblematik på tværs af sektorer”.

RHP etablerede et nyt psykoterapeutisk udviklingsambulatorie i form af en modelcelle, som refererer til en forbedringsmetode til at udvikle nye koncepter fra bar bund. Ifølge Lean-principperne skal processen være systematisk og datadrevet med planlægning, afprøvning, måling og justering over en afgrænset forsøgsperiode med henblik på at sikre løbende forbedring og udvikling (se: https://www.psykiatri-regionh.dk/Kvalitet-og-udvikling/forbedringskultur/Documents/LEAN_bog_FLINAL3.pdf). Et centralt forhold ved APU er derfor det omfattende forbedrings- og udviklingsarbejde, som løbende har fundet sted i projektperioden og som har dannet grundlag for, at behandlingstilbuddet er blevet tilpasset løbende frem for udelukkende at have fulgt en på forhånd fastlagt standard. Det tværsektorielle tilbud tager udgangspunkt i en parallel behandlingsmodel og indbefatter et koordinerende samarbejde omkring målgruppen, hvor rusmiddelproblematikken og den psykiske lidelse behandles samtidigt og koordineret ved både RC og APU. De koordinerende indsatsplaner anvendes som grundlag for det løbende samarbejde med brugere, RC og andre kommunale/private tilbud.

Organisering af behandling

Den tværsektorielle behandlingsmodel er en koordineret behandling af brugere på tværs af RC og APU ved Psykoterapeutisk Center Stolpegård i Region Hovedstadens Psykiatri. Jf. den sektoropdelte organisering af rusmiddel- og psykiatrisk behandling i Danmark varetager APU den psykiatriske behandling, mens rusmiddelbehandling varetages af et af de fem kommunale rusmiddelcentre. Der tilbydes således en parallel behandling for den psykiske lidelse og rusmiddelproblematikken, hvor den samlede behandlingspakke indebærer behandling, der foregår på to lokationer, hhv. ved RC og APU. I det nyetablerede ambulatorie ved navn APU er der udviklet en behandlingsmodel med transdiagnostisk og modulbaseret psykoterapeutisk behandling, der muliggør fleksibilitet og individuel tilpasning i forhold til brugerens tilstand, ønsker og behov. Behandlingskonceptet indeholder derudover en model for systematisk og koordineret tværsektorielt samarbejde mellem behandlingssenhederne.

Målgruppe

Målgruppen for den tværsektorielle behandling er mennesker med samtidig ikke-psykotisk psykisk lidelse og rusmiddelproblematik med ret til psykiatrisk og kommunal behandling. Eksisterende diagnostiske inklusion -og eksklusionskriterier er beskrevet i Tabel 1. Anden psykopatologi udelukker ikke brugeren fra behandling, dog undtaget psykotiske tilstande, udviklingsforstyrrelser, spiseforstyrrelser samt bipolar affektiv sindslidelse.

Tabel 1: Oversigt over inkluderede og ekskluderede psykiske lidelser og rusmiddelproblematikker

Inklusionskriterier		Eksklusionskriterier
<ul style="list-style-type: none"> • Depressiv enkelt episode (DF32) • Periodisk depression (DF33) • Angst og socialfobi (DF41 og DF40) • OCD (DF42) • Posttraumatisk belastningsreaktion (DF43.1) • Tilpasningsreaktion* (DF43.2) • Emotionelt ustabil personlighedsstruktur (DF 60.3) • Ængstelig (evasiv) personlighedsstruktur (DF60.6) 	<p><i>Skadeligt brug eller afhængighedssyndrom af:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Alkohol (DF10.1; DF10.2) • Opioider (DF11.1; DF11.2) • Cannabinoider (DF12.1; DF12.2) • Sedativa eller hypnotika (DF13.1; DF13.2) • Kokain (DF14.1; DF14.2) • Centralstimulerende stoffer (DF15.1; DF15.2) • Hallucinogener (DF16.1; DF16.2) • Multiple eller andre psykoaktive stoffer (DF19.1; DF19.2) 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisk psykisk lidelse (DF00-09) • Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser (F20-29) • Bipolar affektiv sindslidelse (F31) • Spiseforstyrrelser (DF50) • Mental retardering (DF70-79) • Psykiske udviklingsforstyrrelser (DF80-89) • Hyperkinetiske forstyrrelser (DF90)

*Tilpasningsreaktion er sidenhen fjernet som behandlingsdiagnose i Region Hovedstadens Psykiatri

Modellen for systematisk og koordineret samarbejde

Jf. Tabel 2 kan samarbejdet mellem sektorerne i modelcellen inddrages i to typer indsatser, som består af hhv. samarbejdsmodellen og samarbejdsunderstøttende elementer.

Tabel 2: Samarbejdsmodellen og de samarbejdsunderstøttende elementer

Samarbejdsmodellen	Samarbejdsunderstøttende elementer
<ul style="list-style-type: none">• Tilknytning til RC & APU samt indsamling af samtykke til udveksling af information på tværs• Allokering af kontaktperson i hver sektor (hhv. case-manager ved RC og tovholder ved APU)• Minimum tre koordinerende indsatsplansmøder i starten, midten og ved afslutning af forløbet• Forberedende møde før koordinerende indsatsplansmøder	<ul style="list-style-type: none">• Månedlige forbedringsmøder mellem ledere• Kvartalsvise lægemøder• Fælles faglige arrangementer• 'Åbne døre'-princippet• Besøg på tværs• Gruppe på tværs• Kommunal repræsentation ved konceptudvikling og målgruppeafgrænsning• Kommunal repræsentation ved ansættelsessamtaler• Rekruttering af medarbejdere med dobbeltprofiler på APU

Samarbejdsmodellen

Samarbejdsmodellen består af en række procedurer for samarbejde relateret til det enkelte brugerforløb: Tilknytning til både RC og APU på samme tid, allokering af en fast kontaktperson i hver sektor, afholdelse af minimum tre koordinerende indsatsplansmøder mellem sektorerne med brugeren i starten, midten og ved afslutning af behandlingsforløbet, samt forberedende møder mellem kontaktpersonerne, som finder sted inden de koordinerende indsatsplansmøder. Derudover beskriver Tabel 2 øvrige elementer, der har til formål at udvikle, facilitere og vedligeholde samarbejdsmodellen, f.eks. afholdelse af månedlige forbedringsmøder for ledere, kvartalsvise lægemøder, fælles faglige arrangementer og besøg på tværs.

Tilknytning til APU og RC: Brugere i det tværsektorielle behandlingstilbud tilknyttes både APU og RC, hvor brugeren får en kontaktperson fra hver sektor, hhv. en case-manager ved RC og en tovholder ved APU. Som oftest er brugeren allerede indskrevet ved RC og henvises efterfølgende til APU, hvis dette vurderes som et relevant tilbud for den enkelte bruger.

Kontaktperson i hver sektor: Kontaktpersonernes funktion er at planlægge, koordinere og følge op på den behandling, som finder sted i hhv. RC- og APU-regi, samt at inddrage andre aktører, såsom mentor, sagsbehandler, pårørende mv., når det findes relevant, og/eller når brugeren udtrykker ønske om dette. Der tages udgangspunkt i brugerens ønsker og behov i planlægningen af det enkelte behandlingsforløb.

De koordinerende indsatsplansmøder: Der afholdes minimum tre koordinerende indsatsplansmøder, hvor hhv. bruger, tovholder og case-manager samt eventuelt pårørende og andre relevante aktører deltager. Ved det første koordinerende indsatsplansmøde planlægges den tværsektorielle behandling i hhv. RC og APU samt indsatser hos andre relevante samarbejdspartnere, såsom jobcenter, mentor mv. Under mødet lægges der en plan for brugerens forløb, og ansvarsfordeling af indsatser afklares mellem bruger, kontaktpersoner og samarbejdspartnere. Ved det koordinerende indsatsplansmøde, som finder sted midtvejs i behandlingsforløbet, følges op på den koordinerende indsatsplan, der gøres status på forløbet hidtil og foretages eventuelle justeringer i form af nye eller modificerede indsatser og afklaring af ansvarsområder. Under det afsluttende koordinerende indsatsplansmøde lægges en plan for brugerens videre forløb. Dette kan evt. indebære anden relevant behandling i psykiatrisk regi eller yderligere behandling i RC.

Forberedende møde: Før de koordinerende indsatsplansmøder afholdes afholdes et forberedende møde mellem case-manager og tovholder som typisk foregår telefonisk.

Samarbejdsunderstøttende elementer

Månedlige forbedringsmøder mellem ledere på tværs af sektorer: Der afholdes månedlige forbedringsmøder med en mobil forbedringstavle, som rokerer mellem centrene fra møde til møde. Alle ledere fra de fem RC og lederen fra APU deltager på disse møder. Der gennemgås målinger og nye forbedringsforslag, som kan komme fra både ledere og medarbejdere ved hhv. APU og RC. Derudover arbejdes der med igangværende tiltag, hvor nogle af mødedeltagerne vil være ansvarlige for at følge op fra gang til gang.

Fælles faglige arrangementer: Dette tiltag er inspireret af et australsk koncept om at samle medarbejdere fra forskellige sektorer omkring kage og fælles faglige arrangementer med henblik på at opbygge samarbejdsrelationer på tværs. Der er afholdt flere af sådanne fælles faglige arrangementer i undersøgelsesperioden, f.eks. med fokus på funktioner ved rusmiddelbrug og betydningen af forskellige kulturer og samarbejde på tværs af sektorer.

'Åbne døre'-princippet: Dette begreb er ligeledes inspireret af et australsk slogan om "No wrong door" med et princip om, at der ikke er en forkert dør at gå ind ad. Hvis en bruger kommer ind ad døren i den ene sektor (f.eks. til et RC), og brugeren har behov for psykiatrisk behandling, så er det vedkommende, der åbner døren, der har ansvaret for at sikre, at brugeren kommer det rette sted hen (til et psykiatrisk center), hvorved brugeren får den rette støtte. Der er altså ikke en forkert dør at gå ind ad, og dørene mellem de to sektorer er åbne. I modelcellen har fokus primært været på at sikre adgang og derved "åbne døre" som også udgør en central del af selve formålet med modelcellen.

Besøg på tværs: Ved etableringen af det tværsektorielle samarbejde har både leder og medarbejdere i hhv. APU og RC besøgt hinanden med for at lære medarbejdere andre i den anden sektor at kende. Medarbejderne i APU tager jævnligt ud og holder koordinerende indsatsplansmøder i den kommunale sektor og omvendt. Besøgene på tværs er med til at opbygge relationer og derved styrke det tværsektorielle samarbejde.

Gruppe på tværs: Der er etableret en motivationsgruppe på tværs af sektorer, hvor en APU-medarbejder og en RC-medarbejder sammen er ansvarlige for en behandlingsgruppe. Gruppen afholdes (efter brugerens ønske) i APU, da brugerne er tilknyttet fem forskellige RC, og det derfor er praktisk nemmest at mødes i APU. Denne idé er også inspireret af et australsk koncept, som har til formål at opbygge relationer samt at udveksle og opbygge kompetencer på tværs.

Kommunal repræsentation ved konceptudvikling og målgruppeafgrænsning: Helt fra starten af modelcellens etablering har kommunale repræsentanter været med til at præge modellen, bl.a. ved definition af målgruppe og udvikling af samarbejdskonceptet. Der arbejdes fortsat med forbedringer af modellen på tværs af sektorer, bl.a. i form af fælles arrangementer (events), hvor repræsentanter fra begge sektorer mødes over nogle dage for i dybden at arbejde med et eller flere udvalgte temaer.

Kommunal repræsentation ved ansættelsessamtale: Ved alle ansættelsessamtaler i APU har der været en kommunal repræsentant fra et RC til stede for at tydeliggøre det tværsektorielle perspektiv.

Rekruttering af medarbejdere med dobbeltprofiler på APU: Langt de fleste af de kliniske medarbejdere i APU har 'dobbeltprofiler', dvs. både erfaring fra psykiatrien og fra kommunale og/eller private RC.

Kvartalsvise lægemøder: Læger på tværs af RC og APU mødes kvartalsvist for at sikre og optimere den medikamentelle behandling af brugerne. Mødet har til formål at afstemme det medicinske ansvar på tværs af sektorer, afklare lægefaglige problemstillinger og vedligeholde et optimalt løbende samarbejde, bl.a. vedrørende monitorering af relevans og kvalitet af kommunale henvisninger til APU.

De tilknyttede rusmiddelcentre

Blandt de fem tilknyttede RC er der forskelle i kapacitet, medarbejderantal og indholdet af de behandlingstilbud, der udbydes på de enkelte centre. Brydehuset i Ballerup Kommune og Gladsaxe Rusmiddelcenter er normeret til flest pladser og har det største antal medarbejdere. Alle rusmiddelcentre behandler såvel alkohol- som stofproblematikker med små variationer i fordelingen af disse. De socioøkonomiske karakteristika blandt brugerne varierer internt. Det er dog ikke muligt ud fra den indsamlede information at udtale sig om forskelle i socioøkonomiske forhold blandt brugere på tværs af centrene. Ift. udbud af behandlingstilbud på tværs af rusmiddelcentre er særligt individuel terapi, NADA, pårørendesamtaler og medicinsk behandling lægesamtaler udbredt, mens gruppeterapi kun tilbydes hos hhv. Gladsaxe Rusmiddelcenter, Brydehuset og Kagshuset. Særligt den kognitive adfærdsterapeutiske referenceramme samt Motiverende Samtale (MI) går igen som faste behandlingselementer på tværs af centrene. Der synes at være et sammenfald mellem størrelsen på det enkelte center og mængden af udbudte tilbud, hvor de største centre har flest tilbud (se Bilag 1 for yderligere information om rusmiddelcentre).

Ambulatorie for Psykoterapeutisk Udvikling

Nedenstående beskrivelse af APUs behandlingskoncept tager afsæt i APUs behandlingskoncept i perioden oktober 2017 til oktober 2019.

Behandlingsmuligheder og -forløbet

Behandlingsforløbet på APU fra opstart til afslutning er fastlagt til i alt 25 pakketimer á 60 minutter, som indbefatter visitation, udredning, behandlingsplanlægning, lægesamtaler, samt mulighed for

individuelle samtaler, gruppeterapi, tværsektorielle møder med deltagelse af brugeren og øvrige aktører og afslutning af behandlingsforløbet. Alle typer indsatser er præsenteret i tabel 3 nedenfor. De 25 pakketimer skal anses for at være et gennemsnit med stor variation på tværs af de enkelte forløb, alt efter brugerens behov og ønsker.

Tabel 3: Oversigt over indsatser i APU

Opstart	Behandling	Afslutning
Indledende vurdering med behandlingsplan	2. koordinerende indsatsplansmøde	3. koordinerende Indsatsplansmøde
Lægesamtale	<u>Individuelle indsatser</u>	Afsluttende individuel samtale
Case-formulering	<ul style="list-style-type: none"> • Individuelle tovholdersamtaler og i nogle tilfælde individuelle terapeutiske samtaler 	
Introgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Lægesamtaler • Socialrådgiversamtale 	
1. koordinerende indsatsplansmøde	<ul style="list-style-type: none"> • Pårørendesamtale • Børnesamtale • Gruppeforberedende samtale 	
	<u>Gruppeterapi</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Motiverende samtale • Ruminationsfokuseret kognitiv adfærdsterapi • Dialektisk adfærdsterapi-inspireret færdighedstræning • Kropsgruppe • Recovery 	

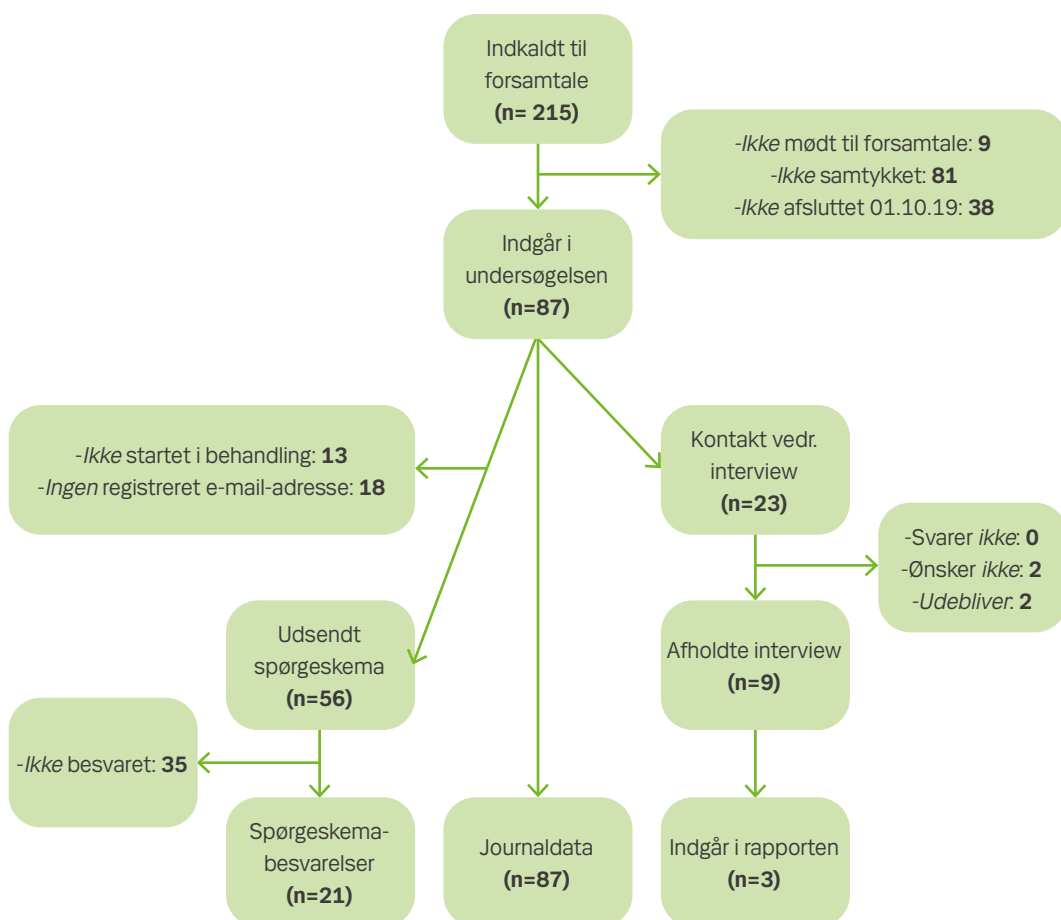
Evalueringemetode

Da modelcellen ikke har været statisk, men netop har været udviklet løbende i et samarbejde mellem både brugere, RC og APU er forskningsprojektet et følgeprojekt, der har indsamlet og systematiseret data med henblik på at kunne beskrive "modellen" og de resulterende behandlingsforløb, samt parternes oplevelse af samarbejdet og behandlingsforløbene så præcist som muligt.

Design af undersøgelse

Evalueringen af det tværsektorielle behandlingstilbud er udført med et "*mixed methods*" design bestående af både kvalitative og kvantitative data. Jf. Model 1 baserer evalueringen sig på hhv. interviewdata, journaldata og spørgeskemadata om brugernes oplevelser i forbindelse med deres forløb. Dertil er der indsamlet information om oplevelser hos hhv. case-managers, tovholdere, læger og ledere af samarbejdet gennem hhv. afholdelse af dialogmøder og en anonym spørgeskemaundersøgelse.

Model 1: Indskrivning og indsamling af brugerdata under projektperioden fra oktober 2017 til 2019



Målgruppe og undersøgelsesdeltagere

Målgruppen for undersøgelsen er alle brugere indkaldt til forsamtale i perioden 1. oktober 2017 til 1. september 2019. Jf. model 1.1 ovenfor udgør dette en population på i alt 215 brugere, hvoraf 206 er mødt til den planlagte indledende vurdering ved APU. Af disse har i alt 125 samtykket til at deltage i nærværende undersøgelse. Da indsamlingsperioden sluttede den 1. oktober 2019 indgik i alt 87 brugere som havde afsluttet behandlingsforløbet. Datagrundlaget giver mulighed for at beskrive den del af det tværsektorielle forløb som har fundet sted på APU, idet det ikke har været muligt at opnå datasikkerhedsgodkendelse til indsamling af data fra sektorer udenfor RHP med henblik på at belyse brugernes forløb på de respektive rusmiddelcentre.

Oplevelse af samarbejdet i et specifikt behandlingsforløb (spørgeskema)

For hver bruger, der indgår i undersøgelsen, er der efter afslutning fra det tværsektorielle behandlingsforløb udsendt et tredelt-spørgeskema vedrørende oplevelsen af inddragelse og samarbejdet

på tværs i forbindelse med forløbet. Dette har været sendt til henholdsvis bruger, case-managere (RC) og tovholder (APU) for den enkelte bruger under det tværsektorielle behandlingsforløb. Hensigten med spørgeskemaet har både været at få indblik i brugerens oplevelser af inddragelse og samarbejde, samt at få indblik i hhv. case-managers og tovholders oplevelser af kvaliteten af samarbejde og koordination under det enkelte forløb. Spørgeskemaet er udfærdiget i to versioner (færdigbehandlet bruger/ikke-færdigbehandlet bruger). Data fra spørgeskema til ikke-færdigbehandlede brugere giver her vigtig information om, hvorfor behandlingsforløb ikke er afsluttede som planlagt.

Oplevelse af samarbejde generelt (spørgeskema)

Det generelle spørgeskema blev sendt til case-managere ved RC og tovholdere i APU for at afdække medarbejdernes overordnede oplevelse af samarbejdet på tværs af sektorer uafhængigt af det enkelte behandlingsforløb.

Oplevelse af behandlingsforløb (brugerinterview)

En undergruppe af brugere er kontaktet telefonisk vedrørende interviewdeltagelse. I nærværende rapport er tre af i alt ni indsamlede brugerinterviews blevet inddraget. Disse tre interviews er valgt, idet der er tale om færdigbehandlede forløb. Beskrivelserne fra disse interviews kan ikke betragtes som repræsentative for den samlede brugergruppe, men bidrager til at supplere og yderligere belyse mønstre, som er afdækket i de kvantitativt indsamlede data ift. brugernes oplevelse af det tværsektorielle behandlingstilbud.

Interviews fra de tre færdigbehandlede brugere tager udgangspunkt i en klient-centreret tilgang (Kvale & Brinkmann, 2015). De indeholder således både prædefinerede temaer og nye tematikker, som fremkommer undervejs i interviewet. Alle interviews bygger på en semistruktureret interviewguide, hvor formålet har været at undersøge brugernes oplevelse af deres forløb og udbyttet af forløbet ca. 3 måneder efter afslutning. I interviewguiden er der fokus på at afdække:

1. Samarbejde og koordination mellem sektorer
2. Behovsidentifikation og behovsopfyldelse
3. Oplevelse af at føle sig mødt og forstået
4. Oplevelse af inddragelse, meningsfuldhed og relevans

Analysemetode

Brugerinterviews er analyseret ud fra en tematisk kodning (Kvale & Brinkman 2015), der lægger sig op ad interviewguidens opbygning. Kodningsstrategien har således været at deducere eksisterende prædefinerede temaer ud af det transskriberede materiale med en vished om og åbenhed overfor, at der i denne proces kan dukke yderligere temaer op.

Indblik i oplevede indikatorer for godt samarbejde (dialogmøder)

Der har yderligere været afholdt en række dialogmøder med relevante fagpersoner og ledere ved hhv. rusmiddelcentrene og APU. Ved de afholdte dialogmøder med medarbejdere og ledere deltog 1-3 moderatorer fra undersøgelsesgruppen, alt efter antal deltagere på dialogmødet. Indledningsvist præsenterede moderatorerne baggrund og rammer for dialogmødet og faciliterede samtalen

undervejs og samlede op på overordnede konklusioner afslutningsvist. Det vejledende princip for dialogmøderne var inspireret af metoden Trendspotting udviklet af European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (Mounteney et al., 2018), hvis formål er på kort tid at samle så meget viden inden for et undersøgelsesområde som muligt samt validere denne viden undervejs i indsamlingsprocessen. Formålet med dialogmøderne har ikke været at opnå en objektiv beskrivelse af samarbejdet, nå til enighed eller præsentere løsninger. Det har snarere været at få så mange forskellige synspunkter på emnet som muligt og sikre, at deltagerne var enige med de konkluderende opsummeringer af mødets indhold. Formålet har været at få et indblik i konkrete nøgleindikatorer for et velfungerende samarbejde på tværs af sektorer indenfor rammerne af behandlingstilbuddet. Der er i alt afholdt 12 dialogmøder med medarbejdere og ledere fra hhv. RC og APU.

Journaldata

Der er trukket data fra brugernes journaler med henblik på at beskrive behandlingsforløbene.

Resultater

Brugerforløb og -karakteristika

Henvisningssteder

Langt størstedelen af brugerne (91%) henvises fra de tilknyttede RC (se Tabel 4 for fordeling jf. RC). Den høje henvisningsprocent fra Gladsaxe Rusmiddelcenter kan muligvis forklares ved, at brugerne systematisk screenes for komorbid psykopatologi i forbindelse med indskrivning.

Tabel 4: Henvisninger fordelt på henvisningssteder (N= 87)

Henvisningssted	Antal	Procent
Gladsaxe Rusmiddelcenter	33	38%
Brydehuset	14	16%
Kagshuset	14	16%
Teglporten	11	13%
Torvehuset	7	8%
Egen læge eller Region Hovedstadens Psykiatri	8	9%

Fordeling og årsager til manglende tilbud eller opstart i behandling

Ud af de 87 brugere, som indgår i undersøgelsen, er 78 (90%) blevet tilbudt opstart i det tværsektorielle behandlingstilbud. Fire kom ikke i gang med forløbet. Det betyder, at 74 brugere er opstartet i det tværsektorielle behandlingsforløb (se Tabel 5). Dette indikerer, at APU tilbyder behandling til langt de fleste af de brugere, der henvises og indkaldes til en indledende vurdering (se i øvrigt Model 1). Yderligere er det vigtigt at påpege, at antallet af afviste henvisninger inden indkaldelse til indledende vurdering er ukendt, idet denne data ikke er blevet registreret.

Tabel 5: Sociodemografiske karakteristika for brugere opstartet i behandling (N= 74)*

	Karakteristika	Antal	Procent
Køn	Mand	39	53%
	Kvinde	35	47%
Aldersgrupper	18-27	14	19%
	28-37	18	24%
	38-47	14	19%
	48-57	16	22%
	58-67	11	15%
	68-77	1	7%
	Gennemsnitsalder v. behandlingsstart (42 år)		
Boligforhold	Selvstændig bolig	56	76%
	Familie/venner	9	12%
	Støttebolig/fællesskab	2	3%
	Herberg/pensionat/krisecenter	2	3%
	Uoplyst	5	6%
Uddannelsesniveau	Ingen uddannelse	20	27%
	Erhvervsuddannelse	19	26%
	Gymnasial uddannelse	6	8%
	Kort videregående uddannelse	2	3%
	Mellemlang videregående uddannelse	8	11%
	Lang videregående uddannelse	7	9%
	Anden uddannelse	3	4%
	Uoplyst	9	12%
Erhvervsstatus	I job (lønindkomst)	6	8%
	Sygemeldt (løn fra job, sygedagpenge)	7	10%
	Arbejdsløs	32	43%
	I Fleksjob (fleksydelse)	4	5%
	Førtidspension/pension	7	10%
	Under uddannelse (SU, uddannelsesstøtte)	6	8%
	Uoplyst	12	16%

*Alle tal i tabellen er udtryk for brugernes sociodemografiske forhold ved opstart i behandling

Diagnostiske karakteristika

Brugernes diagnoser er opgjort ift. henvisningsdiagnoser – hhv. rusmiddelrelateret og psykiatrisk - samt aktionsdiagnose. Henvisningsdiagnose refererer til de diagnoser, som den henvisende part (læge, psykiatrisk afsnit, RC) stiller i forbindelse med henvisning til APU. Da der kan stilles flere diagnoser ved henvisning, er kategorierne ikke gensidigt udelukkende. Aktionsdiagnosen dækker over den diagnose, som behandlingen på APU tager udgangspunkt i og som fastsættes efter den indledende vurdering og diagnostiske udredning ved APU. I Tabel 6 fremgår type og antal henvisningsdiagnoser, aktionsdiagnose, samt i hvor mange tilfælde brugerne har et aktivt rusmiddelbrug på henvisningstidspunktet. Angst og depression er blandt de hyppigste henvisnings- og aktionsdiagnosekoder, hvor angst (22,5%) og depression (30%) samlet udgør 52,5% af aktionsdiagnoserne (39 brugere i alt).

Tabel 6: Diagnostiske karakteristika for brugere opstartet i behandling (N= 74)

Karakteristika	Henvisnings*		Aktions**		
	Antal	Procent	Antal	Procent	
Diagnose (psykiatrisk)*	Depressiv enkeltepisode (DF32) eller periodisk depression (DF33) (1+2)	33	45,5%	22	30%
	Angst og socialfobi (DF41 og DF40) (3)	34	46%	17	22,5%
	OCD (DF42) (4)	3	4%	1	1,5%
	Posttraumatisk belastningsreaktion (DF43.1) (5)	19	25,5%	7	9,5%
	Tilpasningsreaktion (DF43.2) (6)	4	5,5%	2	2,5%
	Emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse (DF60.3) (7)	18	24%	13	17,5%
	Evasiv personlighedsforstyrrelse (DF60.6) (8)	13	17,5%	7	9,5%
	Forstyrrelse i personlighedsstrukturen UNS (F60.9) / Forstyrrelser i personlighedsstruktur af blandet og anden type (F61)			5	7%
Antal diagnoser (psykiatrisk)	0	1	1,5%		
	1	37	50%		
	2	21	28,5%		
	3	15	20%		
Diagnose (rusmiddel)*	Skadeligt brug (DF10.1) og afhængighedssyndrom (DF10.2) af alkohol (9)	32	43%		
	Skadeligt brug (DF11.1) og afhængighedssyndrom (DF11.2) af opioider (10)	2	2,5%		
	Skadeligt brug (DF12.1) og afhængighedssyndrom (DF12.2) af cannabinoider (11)	28	38%		
	Skadeligt brug (DF13.1) og afhængighedssyndrom (DF13.2) af sedativa eller hypnotika (12)	1	1,5%		
	Skadeligt brug (DF14.1) og afhængighedssyndrom (DF14.2) af kokain (13)	5	7%		
	Skadeligt brug (DF15.1) og afhængighedssyndrom (DF15.2) af andre centralstimulerende stoffer (14)	0	0%		
	Skadeligt brug (DF16.1) og afhængighedssyndrom (DF16.2) af hallucinogener (15)	0	0%		
	Skadeligt brug (DF19.1) og afhængighedssyndrom (DF19.2) af multiple eller af andre psykoaktive stoffer (16)	7	9,5%		
Antal diagnoser (rusmiddel)	0	6	8%		
	1	61	82%		
	2	7	9,5%		
	3	0	0%		
Aktivt rusmiddelbrug ved opstart	Ja			40	54%
	Nej			26	35%
	Ukendt			8	11%

*Kategorierne for psykiatrisk og rusmiddelrelateret henvisningsdiagnose er ikke gensidigt udelukkende,

**Aktionsdiagnosen er altid en psykiatrisk diagnose, da der er tale om den diagnose, der behandles på baggrund af i APU-regi.

Færdiggørelse af behandlingsforløb og drop-out

Ud af de 74 deltagere, som har været opstartet i behandling, har 27 brugere færdiggjort behandlingsforløbet efter planen, dvs. 36%. Disse brugere afsluttes med den begrundelse, at de er færdigbehandlede i APU. De resterende 47 brugerforløb (64%) opdeles i to kategorier, som beskriver årsagen bag anden type afslutning end færdigbehandling. Disse årsagsforklaringer er indsamlet fra den afsluttende beskrivelse af brugerens forløb i epikrisen. I 31 ud af de 47 forløb afsluttet før planlagt (66%) skyldes afslutningen, at behandleren ved APU vurderer, at brugeren ikke profiterer af behandlingen, eller at behandlingstilbuddet ikke anses for at være det rette. I 15 ud af de 47 forløb (32%) skyldes afslutningen, at brugeren selvstændigt beslutter at afslutte forløbet, hvorfor denne type afslutning *ikke* er i overensstemmelse med den kliniske vurdering. I et forløb er årsagen ukendt. Defineres drop-out som sidstnævnte kategori er der således tale om et drop-out på 20% af de i alt 74 brugere opstartet i behandlingsforløb. Defineres drop-out derimod som alle brugere, der *ikke* vurderes færdigbehandlet ved afslutning, udgør drop-out 64%. Blandt de 'færdigbehandlede' brugere er det kun 4 ud 27 (15%), som har et aktivt rusmiddelbrug ved afslutning, hvorimod 31 ud af 47 (66%) af 'ikke-færdigbehandlede' brugere har et aktivt rusmiddelbrug ved afslutning. Dette kunne tyde på en effekt af behandlingen, men kan også indikere, at tilbagefald er en årsag til afslutning. Ovenstående resultater indikerer samlet set, at det tværsektorielle behandlingstilbud har en relativt høj procentdel af brugere som *ikke* færdiggør behandlingen som planlagt (64%). Til gengæld viser data, at en stor del af brugerne afsluttes med en videre plan for behandling (67,5%). 4 af de brugere (27%) som selvstændigt og i uoverensstemmelse med behandlerens vurdering beslutter at afslutte forløbet før planlagt viderevisiteres til anden relevant behandling. På grund af den lille stikprøve og mange underkategorier vurderes det ikke rimeligt at statistisk teste, hvorvidt bestemte variable udgør særlige risici for frafald.

Opsummering af brugerforløb og karakteristika

Brugere som tilbydes opstart af behandling:

- Lige dele mænd/kvinder
- Knap 50% < 40 år
- 53% ingen eller højst erhvervsuddannelse
- 16% i arbejde eller uddannelse
- Angst og depression er hyppigst
- Alkohol er hyppigste rusmiddelbrug og cannabinoide er næsthypigst
- 54% har et aktivt rusmiddelbrug ved opstart
- 36% færdiggør et forløb (dvs. 64% gør ikke)
- 20% dropper ud mod anbefaling fra behandler (dvs. 44% stopper før tid med anbefaling fra behandler, hvoraf en stor del (67,5%) afsluttes med en plan for videre behandling)

Oplevelse af samarbejdet - Det tredelte forløbsspecifikke spørgeskema

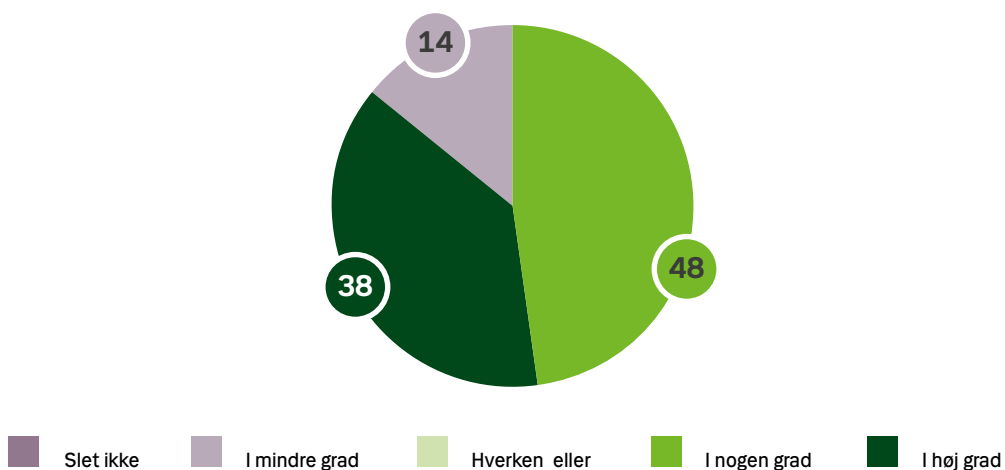
Hensigten med at udsende de forløbsspecifikke spørgeskemaer var at få indsigt i, hvordan hhv. brugere, tovholdere og case-managers har oplevet samarbejdet i forbindelse med de enkelte behandlingsforløb. Ti spørgsmål besvares på en Likertskala fra 1-5, hvor 1 er 'Meget utilfreds'/'Slet ikke/Aldrig/Intet', mens 5 er 'Meget tilfreds'/'I høj grad/Altid/Alt/Fuldstændig'. Dertil er deltagerne blevet bedt om at angive og beskrive op til tre forhold, som har fungeret hhv. godt og mindre godt ift. samarbejdet i forløbet.

Brugerbesvarelser

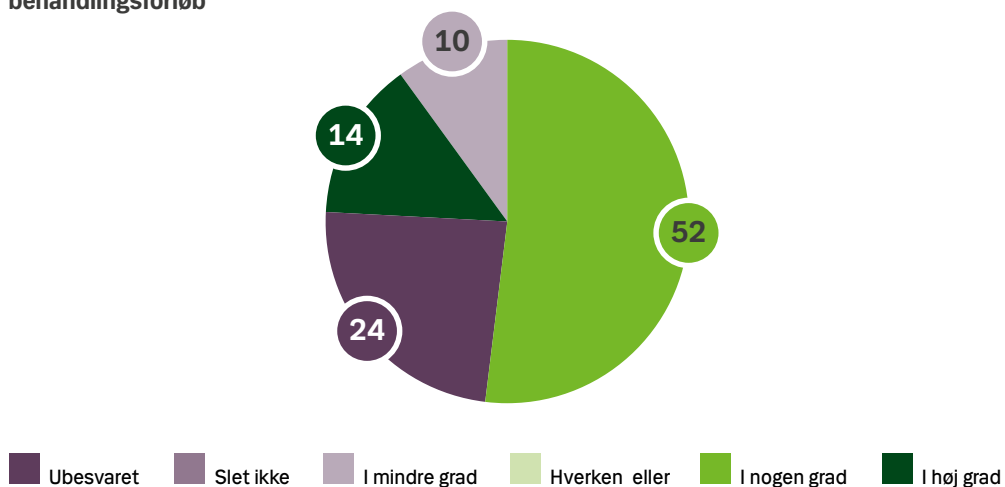
Der har været udsendt i alt 56 spørgeskemaer til brugere om oplevelsen af det tværsektorielle samarbejde i deres behandlingsforløb. I alt 21 (38%) brugere har besvaret skemaet. Samarbejdet på tværs af de to sektorer opleves som meningsfyldt hos størstedelen af brugere, der har deltaget (38% har svaret 'I høj grad' og 48% har svaret 'I nogen grad'). Størstedelen angiver, at de har oplevet et samarbejde mellem case-manager ved RC og tovholder ved APU positivt (48% har svaret 'I høj grad'), og 48% oplever 'I høj grad' at blive inddraget i samarbejdet om deres behandlingsforløb. Oplevelsen af, at de koordinerende indsatsplansmøder har været relevante for samarbejdet under behandlingsforløbet, er lidt mindre positiv (14% svarer 'I høj grad' og 52% svarer 'I nogen grad'). Halvdelen (52%) oplever, at den information, de har modtaget fra hhv. RC og APU om behandlingsforløbet, i høj grad har stemt overens, mens 7 brugere (33%) oplever, at det 'I nogen grad' har stemt overens

Diagram 1: Udvalgte brugerbesvarelser vedr. oplevet samarbejde mellem sektorer (N = 21)

Brugernes oplevelse af samarbejdet mellem RC og APU som meningsfuldt



Brugernes oplevelse af de koordinerende møder som relevante for samarbejdet under deres behandlingsforløb



Case-manager- og tovholderbesvarelser

Der er i alt udsendt 74 skemaer til hhv. case-managers og tovholdere. Samlet indgår i alt 59 besvarelser fra case-managers ved RC og 69 besvarelser fra tovholdere ved APU.

Grad af samarbejde mellem RC og APU

Generelt oplever case-managers og tovholdere et samarbejde på tværs af sektorer, idet at de i hhv. 92 og 64% af forløbene oplever et samarbejde i nogen grad eller i høj grad. Case-managers angiver i højere grad, at de oplever, at der er et samarbejde på tværs ift. de enkelte behandlingsforløb, mens tovholderne angiver en mere spredt oplevelse. For 75% af behandlingsforløbene oplever case-managers i høj grad et samarbejde, mens tovholderne kun i 30% af forløbene oplever, at der i høj grad er et samarbejde.

Oplevelse af mening

Generelt oplever case-managers og tovholdere samarbejdet som meningsfuldt, idet at de i hhv. 88 og 68% af forløbene oplever, at samarbejdet er meningsfuldt. Case-managers oplever i højere grad, at samarbejdet er meningsfuldt, da 69% angiver 'I høj grad', mens tovholderne kun i 31% af forløbene oplever dette.

Oplevelse af brugerinddragelse

Generelt oplever case-managers og tovholdere en høj grad af brugerinddragelse, idet at de i hhv. 96 og 74% af forløbene oplever brugerinddragelse i nogen eller i høj grad. Case-managers oplever oftere end tovholderne, at brugeren inddrages i sit forløb (71% angiver i høj grad, mens tovholderne i 37% af forløbene oplever samme høje grad af inddragelse).

Oplevelse af koordination og sammenhæng

Generelt oplever case-managers og tovholdere behandlingsforløbene som koordinerede og sammenhængende, idet at de i hhv. 89 og 55% af forløbene oplever dette i nogen eller i høj grad. Case-managers er mere tilfredse med graden af koordination og sammenhæng: 58% angiver i høj grad at være tilfredse, mens tovholderne kun i 23% af forløbene angiver samme tilfredshed.

Oplevelse af fælles mål og hensigt

Generelt oplever case-managers og tovholdere et fælles mål og hensigt med behandlingen, idet at de i hhv. 86 og 71% af forløbene oplever dette i nogen eller i høj grad. Det fremgår, at case-managers oftere angiver at have oplevet et fælles mål og hensigt med behandlingen: I 77% af behandlingsforløbene angiver case-managers i høj grad at opleve et fælles mål og hensigt med behandlingen, mens dette er i 39% af behandlingsforløbene for tovholderne.

Oplevelse af rettidig kommunikation

Generelt oplever case-managers og tovholdere, at kommunikationen er rettidig, idet at de i hhv. 82 og 54% af forløbene angiver, at kommunikationen ofte eller altid har været rettidig. Case-managers oplever i højere grad end tovholderne, at kollegaen i den anden sektor er rettidig i sin kommunikation (hhv. i 58% af forløbene mod 27% af forløbene i tovholderne).

Oplevelse af præcis kommunikation

Generelt oplever case-managers og tovholdere, at kommunikationen mellem dem er præcis, idet at de i hhv. 83 og 50% af forløbene angiver, at kommunikationen ofte eller altid har været præcis. Case-managers har oftere end tovholderne en oplevelse af, at samarbejdspartneren i den anden sektor er præcis i sin kommunikation i behandlingsforløbene (hhv. i 63% af forløbene mod 29% af forløbene i tovholdernes besvarelse).

Kendskab til hinandens roller

Generelt oplever case-managers og tovholdere, at de har kendskab til hinandens roller, idet at de i hhv. 76 og 39% af forløbene angiver, at den anden part har vidst alt eller meget om deres rolle i forløbet. Case-managers har oftere oplevet, at tovholder har haft kendskab til case-managers rolle i samarbejdet med brugeren i forbindelse med de konkrete behandlingsforløb, end tovholdere har oplevet den anden vej (17% af forløbene har case-manager oplevet, at tovholder har vidst alt om case-managers rolle, mens tovholdere oplever, at case-managers i blot 4% af forløbene har vidst alt om tovholders rolle).

Gensidig respekt ift. medarbejderrolle

Generelt oplever case-managers og tovholdere en høj grad af gensidig respekt, idet at de i hhv. 90 og 82% af forløbene angiver, at den anden part respekterede deres rolle meget eller fuldstændig.

Oplevelse af udfordringer og problemløsning

Generelt oplever case-managers og tovholdere et godt samarbejde omkring problemløsning. Case-managers og tovholdere angiver, at der i omkring hhv. 20% og 22% af forløbene ikke opstod problemer. I de tilfælde hvor der opstod problemer, angiver case-managers, at de i 59% af forløbene, altid har kunnet samarbejde med tovholder om at løse udfordringerne, mens tovholderne oplevede det samme i 34% af forløbene.

Oplevelse af samarbejdet - Det generiske spørgeskema

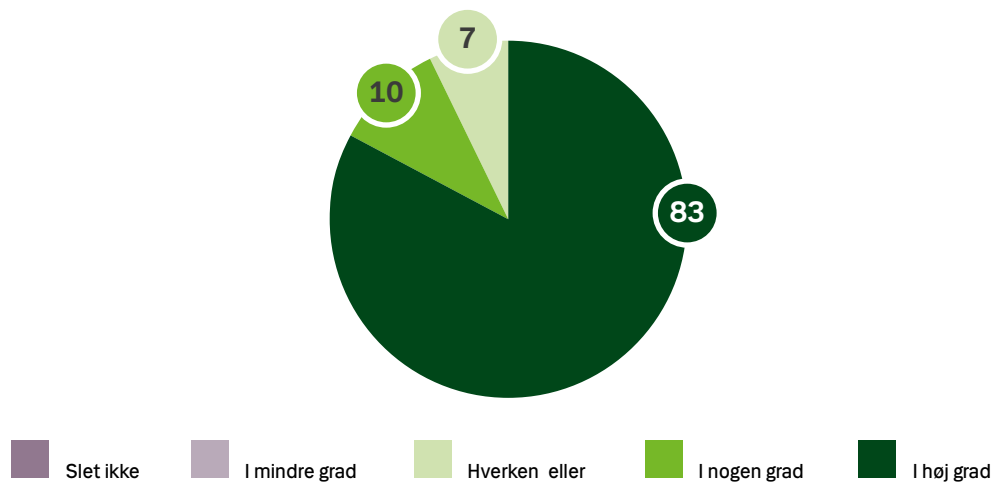
Det generiske spørgeskema er sendt til 36 case-managers ved de fem RC, hvoraf 22 har besvaret, og 7 tovholdere ved APU, hvoraf alle har besvaret. Spørgeskemaet består af 12 kvantitative spørgsmål i tillæg med fire udsagn, hvortil der er mulighed for at kvalitativt uddybe det kvantitative svar. Spørgsmålene besvares på en Likert-skala fra 1 til 5, hvor 1 er 'Meget utilfreds'/'Slet ikke'/'Altidrig'/'Meget uenig', mens 5 er 'Meget tilfreds'/'I høj grad'/'Konstant'/'Meget enig'. Besvarelsene fra de to sektorer er samlet.

Gensidig oplevelse af meningsfuldhed, motivation og fælles forståelse

Det fremgår, at medarbejderne på tværs af sektorerne overordnet oplever en høj grad af tilfredshed med samarbejdet på tværs. Særligt positivt fremgår det, at medarbejderne i høj grad oplever APU-samarbejdet som meningsfyldt, idet 83% har svaret 'I høj grad'. Desuden opfattes kollegaerne i den anden sektor som motiverede for at samarbejde, idet 96% har svaret 'Meget enig' eller 'Enig'. Derudover fremgår det, at omkring halvdelen af medarbejderne oplever, at der generelt eksisterer en fælles forståelse af den enkelte brugers udfordringer og behov på tværs af RC og APU (48% har svaret 'I høj grad') samt betragter samarbejdet som vellykket (48% har svaret 'I høj grad'). Vedrørende oplevelsen af kendskab til ens arbejde hos kollegaerne i den anden sektor deler vandene sig blandt medarbejderne: 21% svarer 'I høj grad', mens andre 21% svarer 'I mindre grad'. Oplevelsen af samarbejdet med den øvrige psykiatri/øvrige kommunale instanser har overvejende fået middelmådige besvarelser, idet kun 28% har svaret 'Tilfreds', og ingen medarbejdere på tværs af sektorer har tilkendegivet 'Meget tilfreds'.

Diagram 2: Udvalgte besvarelser om samarbejdet for case-managers og tovholdere (N = 29)

I hvilken grad anser du generelt set samarbejdet med APU/RC for meningsfyldt?



I hvilken grad anser du generelt set samarbejdet med APU/RC for vellykket?

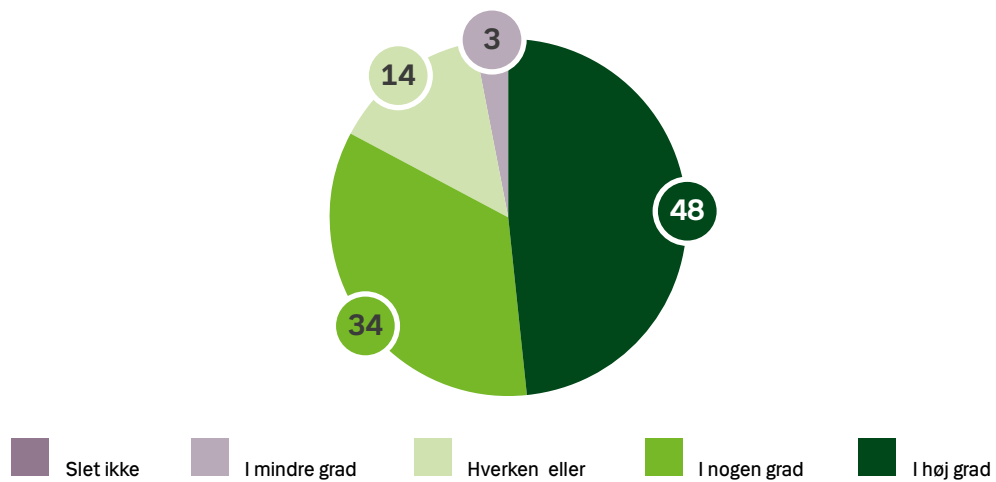
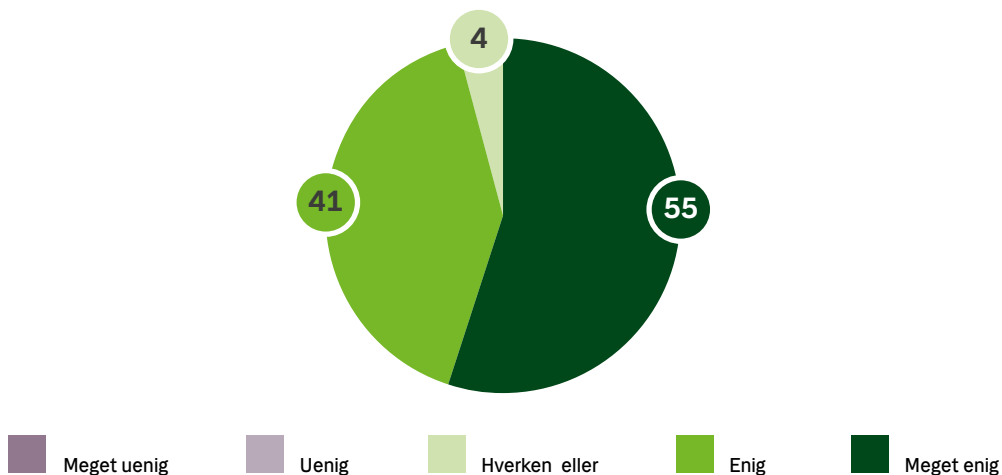
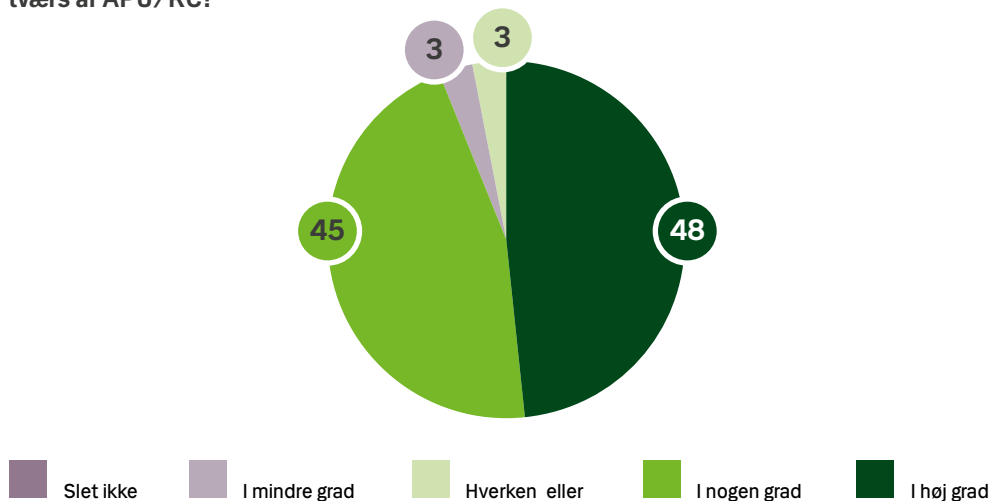


Diagram 2: Udvalgte besvarelser om samarbejdet for case-managers og tovholdere (N = 29)

Jeg oplever, at medarbejderne på APU/RC generelt er motiverede for at samarbejde



Oplever du at der generelt eksisterer en fælles forståelse af brugerens behov og udfordringer på tværs af APU/RC?



Der er forskel på besvarelserne mellem hhv. case-managers ved RC (N = 22) og tovholdere på APU (N = 7) på følgende områder: Case-managers scorer generelt højere end tovholderne vedrørende oplevelsen af samarbejdet og kontakten med kollegaerne i den anden sektor, samt graden af oplevet meningsfuld rolle- og ansvarsfordeling, mens tovholderne fra APU i højere grad oplever, at samarbejdet kan besværliggøres af gensidige myter og fordomme. Det skal dog understreges, at udvalgets beskedne størrelse og ulige fordeling, hhv. 22 case-managers fra de fem RC og 7 tovholdere fra APU, begrænser fortolkningsmulighederne, idet f.eks. besvarelserne fra de enkelte tovholdere vægter relativt højere end besvarelserne fra de enkelte case-managers.

Brugernes oplevelse af forløb og udbytte

I det følgende præsenteres de tre interviewede brugere kort. Dernæst præsenteres deltagerens oplevelser af behandlingsforløbet og en række udsagn vedrørende deres oplevelse af udbyttet af behandlingen. Deltagerens oplevelser af forløbet er struktureret ift. fire tematikker: Samarbejde og koordination mellem sektorer, behovsidentifikation og behovsopfyldelse, oplevelse af at føle sig mødt og forstået samt oplevelse af inddragelse, meningsfuldhed og relevans.

Interviewdeltager 1: 51-årig kvinde, bor ved opstart i tværsektorielt forløb sammen med sin mand i selvstændig bolig. Henvist gennem egen læge. Tidligere gentagne indlæggelser på psykiatrisk sengeafsnit samt tilbagevendende forløb i døgnbehandling for rusmiddelproblematikker. Har i alt brugt 28,3 pakketimer på APU under aktionsdiagnosen periodisk depression. I interviewet lægger kvinden dog primært vægt på symptomer indenfor personlighedsforstyrrelsesspektret og behandling rettet herimod. Der er ved afslutning af forløbet planlagt forsat behandling i RC, hvilket brugeren fortsat følger på interviewtidspunktet.

Interviewdeltager 2: 30-årig kvinde, bor ved opstart i tværsektorielt forløb i selvstændig bolig og står udenfor arbejdsmarkedet. Har tidligere været afhængig af alkohol. Derudover er kvinden diagnosticeret med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse og en spiseforstyrrelse, som hun tidligere har været i behandling for. Har haft gentagende forløb i RC-regi, i RHP-regi med henblik på behandling af spiseforstyrrelsesproblematik samt aktuelt henvist til ambulans behandling for personlighedsforstyrrelsesproblematik, hvilket vurderes at være den primære behandlingskrævende lidelse. Her peges der på APU grundet afhængighed af smertestillende medicin. Herefter henvist til APU gennem RC. Har haft stort ønske om henvisning til APU, dels grundet dobbeltdiagnosefokus og ønske om Dialektisk adfærdsterapi (DAT) behandling. Behandlingen er forlænget en gang og er samlet på 43,3 pakketimer med aktionsdiagnosen 'emotionel-ustabil personlighedsforstyrrelse'.

Interviewdeltager 3: 30-årig kvinde med afhængighed af kokain og hash. Har ved opstart i tværsektorielt forløb sporadisk tilknytning til arbejdsmarkedet. Er tidligere chauffør for pusher, hvilket har øget forbruget af kokain. Kvinden bor hos sine forældre og ikke tidligere været i psykiatrisk udredning eller behandling. Henvist fra RC til APU. Har en personlighedsforstyrrelse med fremtrædende emotionel ustabile træk. Behandling er forlænget én gang og er samlet på 54,3 pakketimer. På trods af aftale om vedvarende rusmiddelbehandling efter afslutning er brugeren på interviewtidspunktet ikke tilknyttet RC.

Oplevelse af forløbet

Samarbejde og koordination mellem sektorer

Overordnet set er der forskelle i brugernes beskrivelser af og oplevelser med samarbejde og koordination mellem APU og RC under deres respektive forløb. Dette omhandler både deres vurdering af vigtigheden af, at der sker et samarbejde og en koordination af indsatsen blandt de behandlere, der er tilknyttet forløbet, og deres oplevelse af, hvorvidt der praktisk talt fandt et tværsektorielt samarbejde og koordination sted. Bruger 1 og bruger 2 understreger vigtigheden af, at forløbet foregår på tværs af hhv. RC og APU, samt at behandlerne samarbejder om at koordinere indsatsen på tværs af sektorer, hvorimod bruger 3 giver udtryk for, at hun under visse dele af forløbet ikke oplevede et behov for at være tilknyttet RC. Samarbejde og koordination ved introduktion og opstart i det tværsektorielle forløb beskrives af brugerne som afgørende i forhold til primært to funktioner: Bruger 1 og 3 beskriver det som afgørende, at det personale, der præsenterer den tværsektorielle behandlingsmodel, har sat sig ind tilbuddets rammer og indhold. Dette beskrives som værende af

stor betydning for deres motivation for at opstarte behandling og for at føle sig trygge ved at indgå i det tværsektorielle forløb, hvor de både skal arbejde med deres psykiske lidelser og rusmiddelproblematikker. Bruger 1 fortæller for eksempel, at hun oplevede det som afgørende og tryghedsskabende, at der i forbindelse med opstart i APU fandt en forventningsafstemning sted blandt de tilknyttede behandlere, brugeren selv og det jobcenter, hun var tilknyttet, som omhandlede, hvordan behandlingsforløbet skulle foregå, og hvad der var målet med det:

"Jeg har fået enormt meget ud af det, og jeg har knoklet hårdt for at få så meget ud af det. Hvis jeg ikke havde været i det (behandlingstilbuddet), så var jeg ikke kommet ud af mit alkoholmisbrug og det var sikkert lykkedes med at tage livet af mig selv. Jeg har været indlagt rigtig mange gange, fordi jeg har prøvet at tage mit eget liv, og jeg tror virkelig, at det har reddet mit liv."

At der lægges en plan for den videre proces ved afslutningen af behandlingsforløbet beskrives også som afgørende af to af brugerne. En videre plan betyder, at man som bruger har bedre mulighed for at arbejde videre med de tillærte færdigheder efter afslutning og støtter på den måde håbet om at vedblive med at være i en bedringsproces. Bruger 2 fortæller, at der i forbindelse med det afsluttende koordinerende møde blev lagt en plan for de forskellige instansers indsatser fremadrettet, hvilket gav tryghed i forbindelse med afslutningen.

"Jeg er meget taknemlig. Det er faktisk det største ord. Det har åbnet nogle andre døre i mit liv. Jeg er klar til flexjob, jeg har mod på det, og jeg ved at, selvom der er noget der er svært, så går det over."

På samme måde fortæller bruger 1, at hun under hendes nuværende forløb på RC, på trods af behandlerskifte ved RC, får mulighed for at anvende de begreber og termer, som hun blev introduceret for i det tværsektorielle forløb. I modsætning oplevede bruger 3 derimod generelt de koordinerende møder undervejs, særligt ved afslutning, som rodede, akavede og konfliktfyldte i sådan en grad, at hun hellere ville være fri.

Behovsidentifikation og behovsopfyldelse

Blandt alle 3 brugere er der en generel oplevelse af, at det tværsektorielle tilbud har mødt deres behandlingsbehov. Bruger 2 fortæller for eksempel:

"Inden jeg startede i behandling, var livet et problem, der skulle løses. Nu har jeg det mere sådan at, livet er ikke et problem der skal løses, det er en gave der skal pakkes op. Og det er sådan lidt blevet mit motto nu."

Der lægges særligt vægt på hhv. DAT-inspireret færdighedstræning i grupper og supplerende individuel terapi. Bruger 1 og 2 lægger ligeledes stor vægt på tilbuddets dobbeltfokus og samarbejdsmodellen (se afsnit ovenfor). Bruger 1 og 3 er uklare i deres beskrivelse af deres behandlingsbehov før opstart, hvorimod bruger 2 beskriver, at hun allerede før henvisning til forløbet havde stor indsigt i, hvad hun oplevede at have brug for, hvilket givetvis hænger sammen med hendes tidligere behandling for psykiske lidelser. I forhold til den specifikke behandlingspakke lægger brugerne altså primært vægt på DAT-behandlingen og den individuelle behandling. De individuelle samtaler ved både APU og RC anses som et vigtigt supplement til gruppebehandlingen, fordi det har givet mulighed for at samle op på og drøfte problemstillinger, som der enten ikke var tid til eller mulighed for i gruppeterapien. Bruger 3 beskriver, at hun oplevede, at der til tider var for mange deltagere i gruppen hvilket for hende betød, at der blev for lidt tid til de enkelte problemstillinger og til at gå i dybden. Derudover berører alle brugerne den positive betydning af 'hjemmeopgaver', hvor de, selvom de oplever det som 'svært', også giver udtryk for den store betydning, som hjemmearbejdet har haft for deres behandlingsudbytte og videre proces.

Oplevelse af at føle sig mødt og forstået

Der er en overordnet oplevelse af, at det at blive forstået og 'mødt' er afgørende for tilfredshed og udbytte af behandlingen. Særligt bruger 3 italesætter gennem hele interviewet betydningen af det, som hun betegner som 'kemi' i mødet med hjælpepersoner i det offentlige. Hun beskriver kemien som afgørende for, hvorvidt hun er i stand til at få noget ud af et behandlingstilbud; hvis behandlere taler hårdt til hende, presser på og ikke udviser forståelse eller tålmodighed, har hun svært ved at opbygge en god kemi. Hun mener dette hænger sammen med hendes personlighedsforstyrrelse. Bruger 2 understreger også betydningen af at blive mødt med forståelse i de offentlige systemer, hun indgår i. To af brugerne beskriver, hvordan det at føle sig forstået, mødt og rummet af andre også udgør en afgørende faktor i gruppeterapien. En bruger fortæller, at hun i mødet med de andre brugere i forbindelse med DAT-inspireret behandling oplever at 'se sig selv' gennem de andre, og at hun gennem dette følte sig mindre alene. Hun oplevede en høj grad af gensidighed, og at der blev lyttet til hinandens udfordringer. En anden bruger fortæller, at hun som følge af den 'gode kemi' blandt gruppens medlemmer valgte at fortsætte i kropsgruppen ved APU på trods af, at hun ikke oplevede det faktiske indhold af tilbuddet som meningsfyldt. Til gengæld understreger denne bru-

ger, at dét at gå i gruppeterapi også kan være hårdt, fordi man i gruppen forpligtiger sig til at være sammen og 'rumme' hinanden. Hun fortæller:

"Jeg har fået en masse nye beviser for, at det godt kan lade sig gøre, selvom ting også kan være svære og udfordre mig. Jeg har fået en hel skuffe af eksempler på, at man godt kan mestre livet på andre måder end at være destruktiv."

Oplevelse af inddragelse, meningsfuldhed og relevans

Flere brugere beskriver, at rammer omkring introduktion og opstart i behandlingen støttede deres oplevelse af, at det tilbudte forløb kunne være meningsfyldt ift. deres personlige ønsker, mål og behandlingsbehov, de oplevede. Samtidig beskriver både bruger 1 og 3, at de under introduktions- og opstartsfasen i højere grad fandt det afgørende, at den person, som introducerede og opstartede dem i forløbet, var én, som de umiddelbart havde tillid til ville dem det bedste og med indsigt i deres udfordringer. Under forløbets behandlings- og afslutningsfase synes inddragelse, meningsfuldhed og relevans at få en endnu større betydning. Bruger 2 beskriver, at dét at give udtryk for ens behov på en måde, hvorved behandlingen tilrettelægges herefter og dermed bliver meningsfuld og relevant, opleves som et stort krav at sætte til brugeren. Det betyder, at det er nødvendigt, at behandlerne er særligt opmærksomme på at inddrage brugeren aktivt undervejs, bl.a. i forbindelse med koordinerende indsatsplansmøder, men også i tilfælde af, at forhold omkring behandlingen ændrer sig.

Den generelle oplevelse af det tværsektorielle behandlingsforløb er, at det har haft stor betydning for de positive forandringer, som de har oplevet. Det er tydeligt, at koordination spiller en afgørende rolle både ved opstart, under behandling og ved afslutningen af behandlingsforløbet. Det er også tydeligt, at det opleves som givende at indgå i gruppeterapi og blive involveret i rationalet for det overordnede forløb. Samtidig fremgår det også, at det kræver noget af brugerne at indgå i større sammenhænge, både hvad angår gruppeterapi og koordinerende indsatsplansmøder. De forskellige oplevelser, som er beskrevet i interviewene, understreger betydningen af, at der løbende samstemmes med den enkelte bruger i forhold til hvor meget kompleksitet, de magter, både i forhold til rammer og indhold af behandlingen. Endelig er det tydeligt, at oplevelsen af at få redskaber, der kan anvendes konkret i hverdagen, har stor betydning for den enkelte brugers håb og oplevelse af fortsat at kunne mestre egen hverdag og engagere sig i en meningsfuld bedringsproces.

Medarbejderudledte indikatorer for samarbejde

Dialogmøder som en interaktiv proces

Det primære fokus har været at identificere positive og negative erfaringer og udfordringer relateret til *samarbejdet på tværs*. Hertil har flere deltagere præsenteret konkrete løsningsforslag med henblik på at tackle de udfordringer, som de forbandt med deres negative erfaringer. De mest gennemgående positive og negative erfaringer og udfordringer beskrives nedenfor under hovedover-

skrifterne: Samskabelse, Visitation, Henvisning og opstart, Rolle- og ansvarsfordeling i forløbet og Kommunikations- og informationsflow (Se Tabel 7).

Det ses her, at betydningen af samskabelse vurderes meget positivt, og at det har stor betydning for medarbejderne, at APU-modellen er et fælles projekt, hvor Lean-metoden sikrer løbende fokus, at udviklingen sker kontinuerligt på baggrund af tilbagemeldinger fra brugere og de enkelte medarbejdere, som på denne måde oplever at have fået mere medindflydelse på udviklingen af det tværsektorielle samarbejde. Det ses også, at de rammer, der blev lagt for behandlingstilbuddet inden opstart, har været afgørende for oplevelsen af samarbejde og viljen til samarbejde, herunder deltagelse i ansættelsesudvalg, åben dør-politik og fælles arrangementer, der fandt sted før selve opstart af behandlingstilbuddet. Det ses også, at der stadig er plads til forbedringer i forhold til at samarbejde på tværs, herunder at sundhedspersonalet i højere grad inddrages på et tidligere trin i opstartsfasen og undervejs. Dette fremhæves også i forhold til en efterspørgsel på en mere klar rolle- og ansvarsbeskrivelse ift. en bedre involvering af RC-læger.

Behandlingstilbuddets fokus på samarbejde adskiller sig markant fra tidligere projekter ved netop i høj grad at prioritere og afsætte ressourcer til samarbejdet, og gennem dette også til en håndtering af de uenigheder og konflikter, der opstår, også på tværs af sektorer. Særligt fremhæves således det positive i en mere klar rolle- og ansvarsfordeling på tværs, hvor den faste struktur for samarbejdet ikke blot opleves at give mere tryghed for brugeren, men også bidrager til de overvejende positive erfaringer ift. at tilrettelægge samarbejdet mellem RC- og APU-indsatser.

Overordnet vurderes rammer og struktur for samarbejdet på tværs således højt, ligesom at den tid, der sættes af til det, vurderes som positiv og afgørende. De fysiske møder på tværs, som udgør en del af modelcellens kernefokus, opleves at støtte personlige relationer på tværs af sektorer, og opleves på denne måde at styrke en mere konstruktiv og kontinuerlig kommunikation og informationsflow – også når der er udfordringer i samarbejdet, der skal håndteres.

Tabel 7: Positive og negative erfaringer/udfordringer i forbindelse med samarbejdet på tværs

	Positive erfaringer	Negative erfaringer og udfordringer
Samskabelse	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingstilbuddet er et fælles projekt og et kontinuerligt, formaliseret foretagende, som de enkelte medarbejdere har medindflydelse på videreudviklingen af • Samarbejdet er kernepræmissen for at få tilbuddet til at fungere • Følelse af ejerskab og fælles ansvar for tilbuddet (f.eks. deltagelse i ansættelsesudvalg) • En høj grad af tillid til hinandens faglighed, kompetencer og hensigter • Gensidig fleksibilitet og imødekommenhed • Åben dør-politik og 'tvungent samvær' faciliterer samarbejdsvilje • Fælles gruppe på tværs medvirker til større sammenhængskraft 	<ul style="list-style-type: none"> • Læger oplever ikke inddragelse i tilstrækkelig grad, og at det lægefaglige perspektiv nedprioriteres • Utilstrækkelig involvering fra øvrige myndighedsaktører • For få fælles grupper på tværs
Visitation, henvisning og opstart	<ul style="list-style-type: none"> • APU er ofte med i rusmiddelcentrenes overvejelser ved indskrivning af brugere 	<ul style="list-style-type: none"> • Usikkerhed omkring APUs målgruppe/ inklusions- og eksklusionskriterier • Usikkerhed om, hvornår brugere bør henvises og ift. udformning af henvisninger • Lang ventetid mellem henvisning fra RC, indledende vurdering og opstart i gruppe • Ustabil fremmøde pga. tabu ift. at få fri til behandling og belastningsgrad
Rolle- og ansvarsfordeling i forløbet	<ul style="list-style-type: none"> • Fast struktur for samarbejdet giver tryghed for brugeren • Overvejende positive erfaringer ift. at tilrettelægge RC-indsats ift. APU-indsats • Positive erfaringer med afslutning af brugere uafhængigt af forløbets udfald 	<ul style="list-style-type: none"> • For lidt fleksibilitet ift. behandlingsforløb • Utilstrækkelig deling af materiale og indsigt i hinandens tilbud for tilrettelæggelse af indsats og større forståelse for faglige kompetencer • Utilstrækkelig indsigt i sektorbestemte ressourcer/vilkår og kerneopgaver • Mangelfuld kontinuitet og klarere rolle- og ansvarsbeskrivelse ift. involvering af RC-læger
Kommunikation og informationsflow	<ul style="list-style-type: none"> • Fysiske møder skaber personlige relationer, hvilket styrker konstruktiv og kontinuerlig kommunikation og informationsflow på tværs • APU-sekretærens funktion ift. koordination er uundværlig • Åben dør-politik på tværs faciliterer samskabelses- og samarbejdsvilje 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilstrækkeligt informationsflow ift. det enkelte behandlingsforløb og ift. den løbende udvikling af tilbuddet, herunder forventningsafstemning ift. tværsektorielle indsatser • Manglende fælles IT-system, platform eller bruger-logbog (se tabel 8 for øvrige løsningsforslag) • For lidt erfaringsudveksling på medarbejderniveau på tværs, bl.a. ift. sagshåndtering • Utilstrækkelig informationsdeling fra ledelsen • Utilstrækkelig introduktion og erfaringsviderebringelse til nye medarbejdere

Løsningsforslag præsenteret ved dialogmøderne

Af Tabel 8 fremgår de mest centrale løsningsforslag, der er blevet præsenteret i dialogmøderne og som er beskrevet under følgende tematikker: Sikre samskabelse og samarbejdsvilje, Optimere behandlingsforløb og indhold af behandlingstilbud, Fremme erfaringsudveksling mellem medarbejdere og Styrke ledelsens informationsflow.

Særligt skal det her fremhæves, at processer, der sikrer samskabelse og samarbejdsvilje på tværs af sektorerne bør prioriteres, da disse ikke kun udgjorde en stor betydning for den positive oplevelse af samarbejdet på tværs, men også støttede op om tillid til kollegers varetagelse af arbejdsopgaver og vilje til at håndtere uenighed og problemer i de aktuelle samarbejds-konstellationer.

Løsningsforslagene understreger det afgørende i, at ressourcer til opbygning af samarbejde på tværs ikke kun afsættes i opstartsperioden, men løbende prioriteres. Dette er en faktor, som ofte ikke er blevet tilgodeset i projekter, der søger at styrke samarbejde på tværs af sektorer: At samarbejde er en faktor '3', der indgår på højde med fokus på rusmiddelproblemer og psykiske lidelser.

Tabel 8: Præsentation af løsningsforslag fremstillet ved dialogmøder

Løsningsforslag	
Sikre samskabelse og samarbejdsvilje	<ul style="list-style-type: none">• Mulighed for "praktik" eller længere besøg i hhv. RC eller APU for at få inspiration, forstå målgruppen og se tilbuddet an (i forbindelse med implementering i RHP)• "APU-ansvarlig" ude i RC, der har ansvar for den tværsektorielle kontakt• Ansatte i en delt stilling, der er tilknyttet både RC og APU
Optimerebehandlingsforløb og indhold af behandlingstilbud	<ul style="list-style-type: none">• Brugermøder ift. at sikre stabilt fremmøde og evt. klippekort ift. transport• Delt behandlingsplan mellem APU og RC• Bruger-logbog• Mulighed for at sætte brugere i bero i APU i tilfælde af (midlertidigt) funktionsfald• Deling af materiale/manual vedr. struktur og indhold af gruppetilbud• Tilknytning af bostøtte/kontaktperson på sigt (jf. erfaring med, at en gruppe brugere får meget lange forløb og opleves at have brug for mere social støtte og kapacitet end RC kan tilbyde)
Fremme erfaringsudveksling mellem medarbejdere	<ul style="list-style-type: none">• Fælles dialogforum eller visitations-/behandlingskonference på tværs• Faglige kurser/aktiviteter, evt. undervisning af hinanden ift. indhold af tilbud og tilgange• Medarbejderudlån/-bytte, f.eks. APU-medarbejdere, der har en gruppe i RC• Fælles IT-system eller platform
Styrke ledelsens informationsflow	<ul style="list-style-type: none">• Nyhedsbrev med opdateringer omkring tilbuddet og procedurer mv.• Fast tilbagemelding fra ledere i forlængelse af forbedringsmøder• Deltagelse af medarbejderrepræsentant på ledermøder

Opsamling og samlede anbefalinger

Det tværsektorielle arbejde er undersøgt i et *mixed methods-design* med brug af både kvantitative og kvalitative indfaldsvinkler med inddragelse af medarbejdere, ledere og brugere på tværs af fem kommunale rusmiddelcentre og Ambulatorie for Psykoterapeutisk Udvikling ved Psykoterapeutisk Center Stolpegård, Region Hovedstadens Psykiatri.

Resultaterne fra både det generiske spørgeskema, det tredelte forløbsspecifikke spørgeskema og dialogmøderne viser, at der generelt set udtrykkes en høj grad af tilfredshed med samarbejdet på tværs af de to sektorer og hos de brugere, der har været indskrevet i behandlingstilbuddet og har deltaget i undersøgelsen. Undersøgelsen viser, at det er lykkedes at skabe et tværsektorielt tilbud til en behandlingskrævende gruppe af brugere, som ofte falder mellem to stole, idet behandlingen sjældent følger et ensartet standardiseret forløb, og hvor tidligere erfaring og forskning har påpeget, at tværsektorielle samarbejdskonstellationer mellem social- og sundhedssektoren er vanskelige at etablere og vedligeholde. Ligeledes har undersøgelsen fundet, at en høj andel af deltagerne ikke gennemfører deres behandling planmæssigt, men i stedet viderevisiteres til andet tilbud eller udskrives med en revideret plan for indsatsen. Omkring 80% af de opstartede brugere er ved afslutning enten færdigbehandlede eller har en plan for deres videre forløb. Dette tilskrives i høj grad et vellykket tværsektorielt samarbejde.

Ift. samarbejdet mellem dem, der varetager behandlingen, viser undersøgelsen også, at case-managers generelt oplever en højere grad af tilfredshed med samarbejdet på tværs af sektorer end tovholderne, bl.a. ift. de centrale temaer, der udspringer fra dialogmøderne. Fra det generiske spørgeskema fremgår det, at case-managers i højere grad end tovholdere oplever et kendskab til kollegaernes arbejde, en meningsfuld rolle- og ansvarsfordeling og en højere grad af sammenhæng og koordination af de parallelle RC- og APU-forløb, mens det i det forløbsspecifikke spørgeskema fremgår, at case-managers ligeledes i højere grad oplever, at der i de enkelte forløb har fundet brugerinddragelse sted, at der er har været fælles mål/hensigt med forløbet, præcis og rettidig kommunikation fra samarbejdspartnerens side og vellykket problemløsning. Også her fremgår der en mere positiv oplevelse af koordination og sammenhæng hos case-managers. Forskelle i graden af tilfredshed skal tolkes med forsigtighed, da resultaterne fra tovholdere reelt baserer sig på syv medarbejdere, hvorfor den enkelte tovholderbesvarelse har større udslagskraft. Herudover er det formentlig væsentligt at påpege, at tovholderne forholder sig til fem forskellige Kommuner, mens case-managers alene forholder sig til APU. Det betyder, at tovholderne i højere grad har mulighed for at sammenligne på tværs af centrene, og det kan være en del af forklaringen på de mere differentierede besvarelser.

Der er en gennemgående en oplevelse af meningsfuldhed med samarbejdet på tværs hos både RC-medarbejdere, APU-medarbejdere, ledere såvel som brugere, der har deltaget i nærværende undersøgelse. Dette afspejles i resultaterne fra det generiske spørgeskema, det forløbsspecifikke spørgeskema og dialogmøderne. Behandlingstilbuddet opleves som et fælles, kontinuerligt projekt af medarbejdere ved RC og APU, hvor samarbejde på tværs er kernepræmissen. Oplevelsen af samskabelse støttes af en høj grad af gensidig respekt for hinandens roller og faglighed i arbejdet med brugeren, samt en oplevelse af gensidig motivation for samarbejdet.

Det direkte, løbende og strukturerede kommunikations- og informationsflow på tværs af sektorerne opleves som betydningsfuldt for samarbejdet. Det italesættes i dialogmøderne og i de

kvalitative besvarelser i det generiske spørgeskemaer, at begge medarbejdergrupper oplever, at den faste struktur i det formaliserede samarbejde, inkl. de tre koordinerende indsatsplansmøder, er en central komponent i tillæg med, at der opleves en respektfuld og ligeværdig kommunikation, hvor personlige relationer skabes, bl.a. ved at sætte ansigt på hinanden til fælles arrangementer. På baggrund af de forskellige analyser foreslås følgende anbefalinger for at fremme det tværsektorielle behandlingssamarbejde mellem den kommunale sektor og sundhedssektoren i modellen for tværsektoriel behandling til mennesker med samtidig ikke-psykotisk psykisk lidelse og rusmiddelproblematik:

Anbefalinger:

- Systematisk, formaliseret og lige adgang til behandling
- Relevante og tilpassede behandlingstilbud til målgruppe i den regionale sektor
- Mere ensartet praksis og behandlingstilbud i den kommunale sektor
- Fleksible samarbejdsrammer mellem den regionale og kommunale sektor
- Tydeliggørelse af rollefordeling og ansvarsområder i behandlingsindsatser på tværs af sektorer
- Systematisering og standardisering af arbejdsgange

Konkrete forslag til samskabelse på tværs af sektorer:

- Fælles udviklings- og forskningsprojekter
- Fælles formålserklæring og forventningsafstemning
- Fælles ansættelsesudvalg
- Visitation- og behandlingskonference på tværs af sektorer
- Fælles koordinerende indsatsplansmøder
- Fælles journalsystem (alternativt delt behandlingsplan)
- Fælles afslutningsplan mellem sektorer
- Fælles løbende faglige aktiviteter
- Medarbejderrotation mellem sektorer

Samlet set viser denne undersøgelse, at samarbejde på tværs af sektorer er væsentligt og muligt i behandlingen af mennesker med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblematik. Det er en central pointe at anskue samarbejde mellem sektorer særligt i form af samskabelse som et tredje ben, der kan være med til at sikre at brugeren ikke falder mellem to stole, men i videst mulig omfang altid tilbydes relevant behandling og/eller en plan for fremtidig behandling og støtte. Som anbefalingerne afspejler, kræver et vellykket samarbejde en fokuseret indsats med høj grad af såvel systematik som fleksibilitet, hvor disse ikke betragtes som hinandens modsætninger, men snarere som forudsætninger for hinanden. Det er vores ønske, at viden og anbefalinger, som er opsamlet i rapporten, vil blive læst af alle med interesse i området og i at udbrede en model for behandling og tværsektorielt samarbejde til mennesker med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblematik.

Referenceliste

- Buch, M. S., & Petersen, A. (2017). Model for koordinerende indsatsplaner og tilhørende koordinatorfunktioner: Evaluering af et samarbejdsprojekt mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Københavns Kommune.
- Donald, M., Dower, J., & Kavanagh, D. (2005). Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative systematic review of randomised controlled trials. *Social science & medicine*, 60(6), 1371-1383.
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2015). *Interview. Det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (Vol. 3). København: Hans Reitzels Forlag.
- Mounteney, J., Atkin-Brenninkmeyer, E., Ruiz, M. J., Bo, A., Matias, J., Jekabsone, I., Vandam, L., & Pirona, A. (2018). Trendspotter manual: a handbook for the rapid assessment of emerging drug-related trends. <https://doi.org/10.2810/900804>
- Ministry of Health (2017). Healthcare in Denmark. An overview. København.
- Morojele, N. K., Saban, A., & Seedat, S. (2012). Clinical presentations and diagnostic issues in dual diagnosis disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(3), 181-186.
- Region Hovedstadens Psykiatri (2017). Forbedringsarbejdet. En håndbog for ledere i Region Hovedstadens Psykiatri.
- Sundhedsstyrelsen (2014): Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner, Udgivet af Sundhedsstyrelsen. København.
- Thylstrup, B. (2011). Numbers and narratives. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 28(5-6), 471-486.
- Thylstrup, B., & Hesse, M. (2019). At arbejde med problematisk brug af rusmidler er at arbejde med psykiske vanskeligheder. I B. Bjerger, & E. Houborg (red.), *Rusmiddelbrugere i krydsfeltet mellem sektorer og fagligheder* (s. 183-205). Aarhus: Aarhus Universitetsforlag. Samfund og Rusmidler, Nr. 6
- Toftdahl, N. G., Nordentoft, M., & Hjorthøj, C. (2016). Prevalence of substance use disorders in psychiatric patients: a nationwide Danish population-based study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(1), 129-140.
- Winters, S., Magalhaes, L., Kinsella, E. A., & Kothari, A. (2016). Cross-sector service provision in health and social care: An umbrella review. *International journal of integrated care*, 16(1).

Bilag 1: Oversigt over rusmiddelcentre under den tværsektorielle model

Pladser/ Kapacitet	Gladsaxe RC	Brydehuset RC	Kagshuset RC	Torvehuset RC	Teglporten RC
	Ca. 220/kontakt med ca. 400 cpr. nr. i 2018	300/kontakt med 432 cpr. nr. i 2019	70/ca. 120 brugere indskrevet aktuelt	Ukendt kapacitet, i alt er 143 cpr nr. igennem tilbud i 2018	130
Tilgang/ Referenceramme	Kognitiv adfærdsterapeutisk forståelsesramme, helhedsorienteret, dobbeltfokuseret og familieorienteret tilgang	Kognitiv adfærdsterapeutisk forståelsesramme med brug af motiverende samtale (MI) samt skadereducerende og familieorienteret tilgang	Løsningsfokuserede og kognitive metoder/tilgang	Kognitiv adfærdsterapeutisk forståelsesramme med brug af motiverende samtale (MI), samt helheds- og familieorienteret tilgang	Multiteoretisk praksis med afsæt i anerkendende, systemisk, narrativ, kognitiv, neuroaffektiv tilgang. Motiverende samtale (MI) samt stof- og psykoedukation benyttes
Udbud af tilbud	Gruppe + individuel terapi.	Gruppe + individuel terapi.	Gruppe + individuel terapi	Individuel rådgivning	Individuel & familierapi + individuel rådgivende
	Medicinsk behandling/lægesamtaler.	Medicinsk behandling/lægesamtaler	Medicinsk behandling/lægesamtaler.	Lægesamtaler	Medicinsk afrusning, Antabusudlevering, adm. af substitutionsmedicin
	Motionstilbud/fysisk træning	Motionstilbud/fysisk træning	sundhedssamtaler	Pårørende tilbud (par, familie og pårørendekursus)	Lægesamtale
	Mindfulness & yoga	Sundhedssamtaler	Individuelle rådgivningssamtaler	NADA	Pårørende-tilbud (individuelle samtaler + pårørendegruppe)
	Pårørende tilbud	Pårørende tilbud	Pårørende tilbud (par og familie)	Gruppebaseret efterbehandling.	NADA
	Efterbehandling	NADA	NADA		
	SMART-recovery-gruppe	Pædagogisk støtte og aktiviteter Socialfaglig opfølgning Værested	Efterbehandling		
Medarbejderantal/ faggrupper	Ca. 20 medarbejdere (inkl. ledelse og administration) bestående af psykologer, læger, psykiater, sygeplejerske, pædagoger, psykoterapeuter og SOSU-assistenten	Ca. 28 medarbejdere (25 årsværk) bestående af psykologer, læger, psykiater, sygeplejersker, pædagoger, socialrådgivere og pædagoger	10 medarbejdere bestående af 2 læger, 5 behandlere, 2 sygeplejersker og 1 SOSU-elev. Behandlere har basisuddannelse indenfor det sociale- og sundhedsfaglige område. Flere med terapeutiske efteruddannelser, 1 psykolog	9 medarbejdere bestående af 1 leder, 1 socialrådgiver, 5 behandlere, 1 administrativ medarbejder og 1 psykiater. Medarbejderne har social- eller sundhedsfaglig baggrund og kontoraglig/administrativ baggrund	6 medarbejdere bestående af 1 Lægeseekretær/administrativ medarbejder (30 timer/uge), 2 fuldtids sygeplejersker, 2 fuldtidspædagoger, 1 psykiatrisk lægekonsulent (4 timer)
Samarbejds- konstellationer	Jobcenter, familieafdeling, ungeenhed, socialpsykiatri, boligsociale enhed, ungdomsuddannelser	Samarbejde med de øvrige enheder internt i egen Kommune samt PC Ballerup	Samarbejde med socialpsykiatrien, familieafdelingen og arbejdsmarkedsafdelingen, samt med lokalpolitiet, PC Ballerup samt Herlev hospital	Samarbejde med alle relevante dele af Kommune, tæt samarbejde med børne- og familieafdeling, voksenafdeling, sundhedscenter, jobcenter og sundhedsklinik samt praktiserende læger og PC Ballerup	Myndighedsindehaver, bostøtter, opsøgende medarbejdere, jobcenter, familieafdeling
Typer rusmid- delproblematik	Ca. 51% stof og 49% alkohol	Ca. 2/3 stof og 1/3 alkohol	Ca. 1/3 alkohol	Ca. 40% alkohol og ca. 60% stof eller stof + alkohol	45 pladser til stof (31% i 2018), 85 pladser til alkohol (58% i 2018) (11% pårørende/2018)
Socioøkonomisk baggrund	Flest brugere på overførselsindkomster, men også en del der er i arbejde.	Flest brugere på overførselsindkomster, men også en del der er i arbejde. Udvikling mod flere selvforsørgende brugere med sund økonomi.	Ved alkoholproblematik har flertallet været i eller har arbejde. På stofområdet varierer det	Bredt repræsenteret, fra 18-årige under uddannelse med en stofproblematik, til hjemløs og ældre med alkohol eller stofproblematik	Blandt brugere med stof-problemer ser vi primært hash- og kokainproblematik. Socioøkonomisk spænder brugerne bredt.
Henvi- snings-procedure	Alle potentielle brugere screenes for psykiske problemer vha. spørgeskema. En score på 0,3≤ medfører yderligere afdækning. Sager drøftes derudover på visitationsmøde, hvor der kan peges på afdækning trods ASI-score på 0,3>. Anses APU for relevant, henvises hertil.	Der spørges systematisk ind til psykiatriske problematikker under udredningen og visitationen. Anses APU for relevant, henvises hertil. Hyppigt vil brugeren først blive henvist når denne har været tilknyttet RC et stykke tid.	Alle nye brugere drøftes på konference. Anses APU for relevant, henvises hertil. Ved tvivl foretages screening af brugeren.	Alle nye brugere drøftes på visitationsudvalg. Anses APU for relevant, henvises hertil. APU drøftes derudover på ugentlige behandlingsmøder. Brugere udredes ved mistanke om psykiatrisk problematik.	Brugere med relevant problematik ift. APU drøftes på konference. Vurderes det relevant, indkaldes brugeren herefter til samtale med lægekonsulenten, som på baggrund af samtalen henviser

Informationen er indsamlet gennem korrespondance med centerlederne samt suppleret med information fra tilbudsportalen under Socialstyrelsen, samt fra centrenes egne hjemmesider. Tabellen er baseret på de senest tilgængelige oplysninger, f.eks. ift. pladser/kapacitet samt oplysninger givet fra hvert center. Der tages forbehold for eventuelle ændringer/mangler.





Psykiatri